

Suite du cours :

Chapitre 5 : Comment l'assurance et la protection sociale contribuent-elles à la gestion des risques dans les sociétés développées ?

1. Les risques économiques et sociaux auxquels sont confrontés les individus

1.2. L'individu face au risque

Vous devez, à l'issue de ces exercices :

- Savoir expliquer que l'exposition au risque dépend de la perception du risque qui diffère selon les individus, les milieux sociaux et les sociétés : probabilité de réalisation du risque et estimation des dommages.
- Être capable de donner un exemple (genre, âge, milieu social) illustrant l'aspect relatif de l'exposition au risque.
- Savoir expliquer que l'exposition au risque dépend de la + ou - grande aversion au risque qui diffère selon les individus, les milieux sociaux et les sociétés : conduites à risque / protection contre le risque ou ses dommages.
- Être capable de donner un exemple (genre, âge, milieu social, sociétés protégées) illustrant l'aspect relatif de l'attitude face au risque.

Document 1

« Préférez-vous un gain certain ou un gain plus important mais incertain, qui comporte le risque de ne rien gagner ? » La réponse à cette question donne votre attitude face au risque, avec deux possibilités : l'aversion au risque si vous préférez la certitude ; la propension au risque si vous préférez le risque. Suivez ce petit test pour découvrir votre attitude face au risque !

Jeu n° 1 Vous devez choisir entre A ou B :

- A. Un gain de 500 euros.
- B. Jouer à pile ou face : un gain de 1 000 euros si la pièce tombe sur « pile », et rien du tout sinon.

Jeu n° 2 Vous devez choisir entre A ou B :

- A. Une perte de 500 euros.
- B. Jouer à pile ou face : une perte de 1 000 euros si la pièce tombe sur « pile », et rien du tout sinon.

DÉFINITION

Aversion au risque

Attitude d'un agent économique qui préfère un gain ou une perte certains à un gain ou une perte risqués, mais équivalents compte tenu de la probabilité. C'est par exemple l'attitude de celui qui préfère cotiser 100 € par an auprès d'une assurance plutôt que de supporter un risque de dommage de 1 000 € par an, avec une probabilité de 10 %. *Contraire* : propension au risque.

- 1 Dans chacun des jeux, quel choix faites-vous ? Et pourquoi ?
- 2 À l'aide de la définition dans l'encadré, caractérisez les choix que vous avez faits dans chaque jeu : aversion au risque ou propension au risque ?
- 3 Avez-vous la même attitude face à un risque de gain et face à un risque de perte ?

REPÈRE



Daniel Kahneman (né en 1934)

Psychologue et économiste américano-israélien, lauréat du prix Nobel d'économie en 2002 pour ses travaux fondateurs sur la théorie des perspectives qui sert de base théorique à la finance comportementale, il est connu également pour ses travaux sur l'économie du bonheur. Ses principales découvertes, sur les anomalies boursières et les biais cognitifs qui en sont à l'origine, ont été faites en association avec Amos Tversky.

Traiter les 3 questions du document.

La première question est « personnelle » (il n'y a pas de réponse « juste » ou fausse) ; que feriez-vous si un tel cas de figure se présentait à vous ?

Q1. Dans le **jeu n°1**, la majorité des personnes interrogées par D.KAHNEMAN ont choisi la **réponse A**, et c'est le cas également des élèves de la classe, car cela permet d'avoir un gain certain de 500 euros, même si le gain moyen est équivalent au second choix (50 % de chances de gagner 1 000 euros + 50 % de chances d'en gagner 0 = espérance de gain de 500 euros).

À l'inverse, dans le **jeu n°2**, la majorité des personnes ont choisi la **réponse B**, puisque l'individu a alors 50 % de chances de ne pas subir de pertes.

Q2. Conclusions de D.KAHNEMAN :

→ les individus préfèrent en général un **gain certain à un gain hypothétique** et ont donc une aversion au risque en présence de gains risqués ;

→ mais, en sens inverse, ils préfèrent une **perte hypothétique à une perte certaine** et présentent donc une certaine propension au risque en présence de pertes.

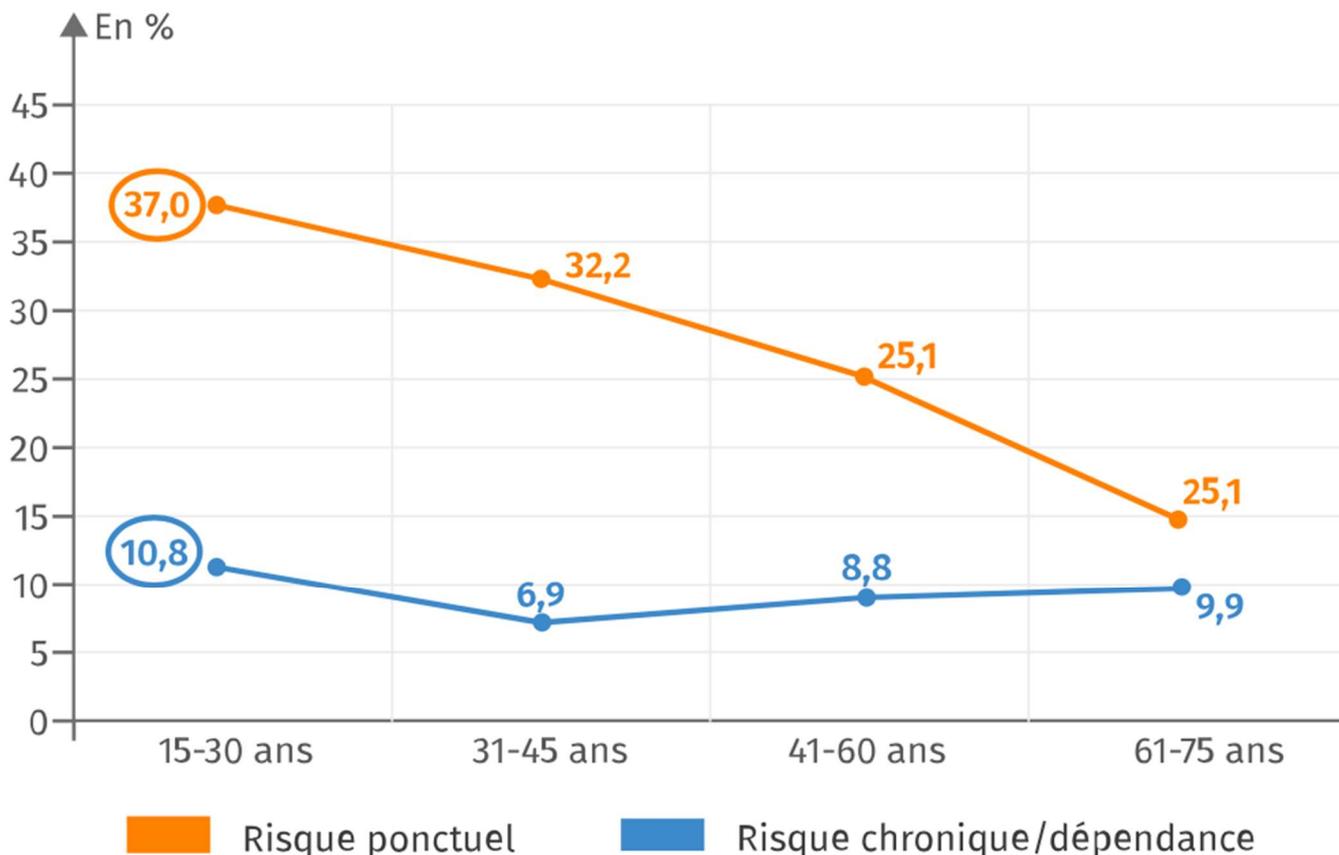
Q3. Les individus n'ont **pas la même attitude face aux gains et aux pertes**. Cette expérience montre que les préférences vis-à-vis du risque ne sont pas symétriques pour des gains et pour des pertes.

En effet, leur attitude face au risque ne sera pas la même selon les situations : le travail de D.KAHNEMAN montre que les individus prennent moins de risques concernant de potentiels gains et sont plus enclins à prendre des risques face à de potentielles pertes.

Par ailleurs cet auteur indique que **l'appétence au risque est une fonction décroissante de la richesse** : le goût pour le risque diminue avec la richesse : plus les revenus sont faibles, moins les individus ont un goût pour le risque.

Document 2

Consommation d'alcool selon l'âge



Consommation à risque ponctuel et à risque chronique ou de dépendance, selon l'âge en 2010 (en %).

Source : Baromètre Santé 2010, INPES

Q1. Comparez les deux données entourées.

Q1. En France, en 2010, 10,8% des 15-30 ans avaient un risque chronique ou dépendance à l'alcool et 37% présentaient un risque ponctuel, d'après l'INPES.

Q2. Montrez que l'exposition à la consommation d'alcool n'est pas la même selon l'âge.

Exemple de très bonne réponse que j'ai pu lire (même s'il y en a eu d'autres ; 😊)

« L'exposition à la consommation d'alcool n'est pas la même selon l'âge. En effet, on observe sur le graphique que plus l'âge est avancé plus la consommation à risque ponctuel d'alcool diminue ; celle-ci s'élève à 37,0% pour les 15-30 ans contre 25,1% pour les 61-75 ans soit une différence de 11,9 points de pourcentage. Il y aurait donc une corrélation négative entre l'âge et la consommation à risque ponctuel d'alcool. En effet, on sait que ce sont les jeunes qui consomment le plus d'alcool. Néanmoins, on note que pour la consommation à risque chronique ou de dépendance la différence entre les tranches d'âge est moins marquée. Effectivement, 10,8% des 15-30 ans ont une consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance contre 9,9% pour les 61-75 ans. Cependant, on constate une décroissance sur le graphique. En effet, les 31-45 ans sont la catégorie avec une consommation à risque chronique la moins élevée, s'élevant à 6,9%. En somme, les plus jeunes sont plus exposés à une consommation à risque ponctuel d'alcool mais toutes les tranches d'âge peuvent être exposées à un risque de dépendance même si les plus jeunes restent les plus exposés. »

Q3. Quelle corrélation semble-t-on observer entre l'avancée en âge et la perception du risque lié à l'alcool ?

Q3. Cf. Q2 Il y a une corrélation négative entre l'âge et la consommation à risque ponctuel d'alcool. En fonction de l'âge, la perception des risques liés à l'alcool ne sont pas les mêmes. En effet, dans les consommations à risque, on retrouve par exemple des phénomènes comme le « binge drinking » dans lequel l'état d'ivresse est recherché rapidement. Ce type de consommation diminue fortement avec l'âge.

Note : J'aurais pu ici utiliser de nombreux autres exemples, car, globalement, les études montrent que les conduites à risque diminuent avec l'âge (drogues, vitesse sur la route, pratiques excessives de hasard jeu d'argent, rapports sexuels non protégé ou non désirés...). Il y a d'ailleurs à nouveau ici corrélation entre consommation d'alcool et autres conduites à risques.

Pour aller plus loin sur ce sujet : <https://www.lien-social.com/Ces-adolescents-sont-dans-le-deni-du-danger>

Document 3 :

De façon générale, les données [...] pointent que les individus de sexe masculin, quel que soit leur âge, sont significativement plus impliqués dans une large variété d'activités risquées et physiquement dangereuses. [...]

La prise en compte des effets de la conformité aux stéréotypes de sexe pour expliquer les différences entre hommes et femmes dans le domaine de la santé et du risque est très récente. Les recherches ont par exemple étudié l'effet de la conformité aux stéréotypes masculins dominants [...] sur les comportements de santé des hommes [...], ainsi que les effets de la masculinité sur la prise de risque dans le sport [...], dans la conduite automobile [...] et dans la prise de risque en général [...]. Dans tous les cas étudiés, les recherches montrent que la conformité aux stéréotypes masculins – quel que soit le sexe biologique de l'individu – amène des comportements à risque accidentel plus fréquents que la conformité aux stéréotypes féminins.

Cet effet des stéréotypes de sexe sur la prise de risque s'observe dès l'enfance préscolaire.

Marie-Axelle Granie, « Genre et rapport au risque : de la compréhension au levier pour l'action », *Questions vives*, octobre 2013.

+ Vidéo à regarder : <https://www.yapaka.be/video/video-conduites-a-risque-a-ladolecence-question-de-genre>

Q1. Rappel : qu'est-ce qu'un stéréotype de genre ?

Un stéréotype de genre est une représentation simplifiée voire caricaturale des différences qui peuvent ou doivent exister entre filles et garçons. Un cliché est un terme synonyme de stéréotype. Les stéréotypes sont des conséquences

des rôles associés aux genres (rôles masculins, rôles féminins). Un rôle est un comportement type et un modèle de conduite correspondant à un statut (= position occupé dans un cadre social donné).

Q2. Quels sont les effets de ces stéréotypes sur la prise de risque des individus (texte + vidéo) ?

Le goût ou l'aversion au risque est une construction sociale : la socialisation différenciée selon le genre amène les garçons à adopter des conduites à risque par conformité aux stéréotypes de sexe : la masculinité est associée à la virilité, à la puissance, à la force, au courage et se traduit par des conduites à risque : vitesse, « tenir l'alcool », stupéfiants, dépassement en zone à risque...

Question de synthèse :

A l'aide des documents 1 & 2 rédigez une réponse argumentée à la question suivante : Pour quelle(s) raison(s) les assurances auto proposent-elles des tarifs différents selon l'âge et même parfois le sexe de leur client ?

Si les individus sont confrontés à des risques tout au long de leur vie, ils y sont inégalement exposés. Cette exposition dépend de leurs comportements, de leurs conduites prudentes ou « à risque », mais aussi des groupes sociaux auxquels ils appartiennent.

L'exposition aux risques dépend de la perception des risques : de la probabilité de leur survenue et de l'estimation de l'ampleur des dommages. Elle dépend aussi de l'attitude face au risque : certains ont une aversion au risque qui les conduit à utiliser des procédés pour y être moins exposés ou ne pas supporter les dommages.

Les assurances peuvent parfois (si la loi le permet) utiliser ces données pour différencier leurs tarifs en fonction de ces critères.

⇒ A noter qu'en France, en raison de l'égalité homme-femme, l'État a mis en place une loi en 2012 interdisant la discrimination des tarifs selon le sexe. Toutefois, il y a toujours un écart de prix entre les hommes et les femmes qui s'explique par le fait que les hommes ont en moyenne des voitures plus puissantes que les femmes. De plus, ils parcourent en moyenne davantage de km.

Source : <https://www.autoplus.fr/actualite/Assurances-auto-Femmes-Prix-Hommes-Primes-1545200.html>

⇒ Autre exemple : https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/les-tarifs-des-mutuelles-varient-en-fonction-de-l-age-et-du-lieu-d-habitation_2104684.html

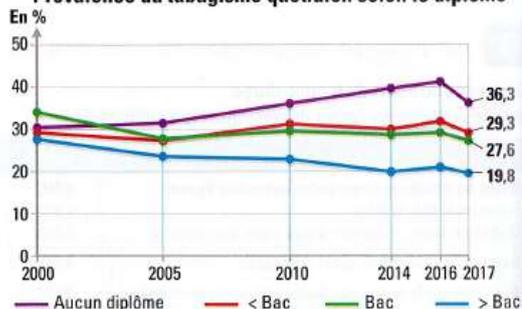
Pour les conduites à risques différenciées selon le milieu sociale, vous pouvez regarder le document suivant (vous n'avez pas à traiter les questions)

À 35 ans, un cadre supérieur a encore 47 ans à vivre en moyenne, un ouvrier 41 ans. [...] Un ouvrier a deux fois et demie plus de chances de mourir d'un AVC (accident vasculaire cérébral) avant 65 ans qu'un cadre, un non diplômé 4,4 fois plus de chances de décéder d'un cancer des voies aéro-digestives qu'un bachelier. [...] Une partie des déterminants des inégalités est due aux facteurs de risque liés aux comportements individuels. La prévalence¹ [...] de l'obésité, qui augmente le risque de diabète et de maladies cardiovasculaires, est aussi très différenciée socialement. Néanmoins, ces habitudes de vie [...] n'expliquent en fait qu'une partie minoritaire des écarts de mortalité entre groupes sociaux. Parmi les autres facteurs explicatifs à l'œuvre, certains renvoient aux conditions matérielles de vie (qualité de l'alimentation, du logement, nuisances, pollution, accès [...] aux soins...), mais aussi aux conditions et à l'environnement de travail : dangerosité des métiers, accidents de travail, exposition à des facteurs pathogènes. Viennent s'y ajouter des facteurs plus complexes de nature psychosociale. Le stress engendré par la domination hiérarchique et l'absence d'autonomie [...] peuvent expliquer des mécanismes de réponse différenciés des individus face à la maladie.

1. La prévalence désigne l'état de santé d'une population à un moment donné.

Dominique Polton, « Les inégalités de santé », Cahiers français, n° 386, mai-juin 2015.

Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme



Champ : personnes résidant en France métropolitaine de 18-75 ans.

La consommation de tabac en France, Baromètre santé 2017, 15 février 2018.

- Calculer.** Comment a évolué la prévalence du tabagisme entre 2000 et 2017 chez les personnes sans diplôme et celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat ?
→ Fiche méthode 5
- Comprendre.** Quelles sont les différences liées aux comportements individuels qui apparaissent dans le texte et le graphique ? Interprétez-les.
- Analyser.** Comment s'expliquent essentiellement la plus forte mortalité et l'exposition à la maladie des groupes sociaux les plus défavorisés ? En quoi reflètent-elles leur place dans la hiérarchie sociale ?

Je ne vous demandais pas de traiter ces questions mais voici une proposition de corrigé :

Q1. Selon le baromètre santé 2017 publié en février 2018, en France métropolitaine en 2000, 30% des personnes âgées de 18 à 75 ans n'ayant aucun diplôme avaient une maladie liée au tabagisme, cela concernait 36,3% de ces personnes en 2017 ainsi entre 2000 et 2017, la prévalence (nombre de cas d'une maladie) du tabagisme a augmenté de 6.3 points de pourcentage chez les personnes de 18 à 75 ans sans diplôme (30% → 36,3%) tandis qu'elle a diminué de près de 10 points de pourcentage chez les personnes de cet âge titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat. (29,8% à 19,8%)

→ Méthode : L'écart entre les deux dates n'est pas suffisant pour utiliser le coefficient multiplicateur.

Q2. Le rapport aux risques et à la santé est socialement différencié : les habitudes de vie, les comportements alimentaires, le rapport au corps, à la santé (consultation préventive versus curative) est différent selon le milieu social d'appartenance et ces normes et valeurs sont intériorisées au cours de la socialisation primaire, elles sont donc profondément ancrées.

Ces différences de milieu social sont appréhendées ici à travers le diplôme et la PCS

Q3. Les groupes sociaux les plus défavorisés ont des **conditions de travail** ayant plus souvent des conséquences sur les corps (exposition à des matériaux cancérogènes, travail pénible, TMS). La rémunération de ces emplois est souvent plus faible, ce qui a des conséquences sur les **conditions de vie matérielles** (lieux d'habitation, logement, qualité de l'alimentation, accès aux soins).

Par ailleurs, les **rapports au corps et à la santé** * sont différents : consommation de soins curatifs essentiellement car celui qui s'écoute trop, qui passe sa vie chez le médecin est mal vu. « Être dur au mal » est valorisé. Ainsi la pression de la nécessité de faire face aux tâches quotidiennes interdit les soins préventifs et la consultation médicale a lieu lorsque la souffrance est telle qu'elle empêche de faire face aux tâches quotidiennes.

À l'inverse dans les catégories favorisées, l'attention au corps est permanente et la maladie est perçue comme une dégradation longue et insidieuse donc la médecine préventive est plus répandue.

À cela s'ajoute une certaine défiance par rapport aux jugements de santé des professionnels car les **professionnels de santé** peuvent également dénigrer leurs comportements (tabagisme, alcoolisme) manifestant ainsi une violence de classe symbolique à leur égard.

→ Commentaires : Rappelez vous que ces comportements sont intériorisés au cours de la socialisation primaire et qu'il ne suffit pas de dire qu'il faut les changer pour que cela soit fait. Par ailleurs, en termes de structure sociale, ces professionnels de santé sont dans une position dominante. Le raisonnement se fait ici au niveau collectif, macrosociologique et non individuel.